

Solicitud de Preautorización para Equipo Médico Duradero

JURISDICCION C

Request Date (Fecha de solicitud): Escriba la fecha en la que está enviando la solicitud.

Number of pages (including coversheet) (Número de páginas incluyendo la hoja de cubierta): Escriba el número de páginas que está enviando, incluyendo este formulario.

HCPCS Code (Código HCPCS): Escriba el código HCPCS por el cual está solicitando la preautorización.

LT: Escriba "X" si es para el lado izquierdo.

RT: Escriba "X" si es para el lado derecho.

Review Voluntary Accessory Code(s) (Revisión Voluntaria de un Código de un Accesorio): Escriba "X" si está solicitando la pre-autorización voluntaria de uno o más códigos HCPCS para accesorios de sillas de ruedas motorizadas.

Accessory HCPCS Code(s) (Códigos HCPCS de los Accesos): Escriba los códigos que está enviando para pre-autorización voluntaria de accesorios. Un código en cada línea.

SUBMISSION TYPE

Initial (Inicial): Escriba una "X" si es la primera vez que envía una solicitud de preautorización por este código.

Resubmission (Retransmisión): Escriba una "X" si ya había enviado una solicitud de preautorización por este código.

Expedited Review (Revisión Acelerada): Escriba una "X" si necesita que la solicitud de preautorización por este código se tramite de manera acelerada.

If an expedited review is requested please provide rationale (si se solicitó una revisión acelerada, por favor provea la explicación): En este espacio debe escribir la razón específica por la cual la revisión debe hacerse de manera acelerada.

BENEFICIARY INFORMATION (Información del Beneficiario)

Name (Nombre): Escriba el nombre del beneficiario.

Medicare ID (ID de Medicare): Escriba el número del MBI del beneficiario.

Date of Birth (Fecha de nacimiento): Escriba la fecha de nacimiento del beneficiario.

State of Residence (Estado donde reside): Escriba el estado en el cual vive el beneficiario.

SUPPLIER INFORMATION

Name (nombre): Escriba el nombre de su empresa

NPI (NPI): Escriba el número de NPI de su empresa

PTAN (PTAN): Escriba el Número de Proveedor de Medicare o PTAN

Phone (Teléfono): Escriba el número de teléfono de su empresa en el cual pueden localizarle

Address (Dirección): Escriba la dirección de su empresa

Fax (Número de Fax): Escriba el número de fax de su empresa

Point of Contact (Persona contacto): Escriba el nombre de la persona que puede ser contactada para este caso

TREATING PRACTITIONER INFORMATION

Name (nombre): Escriba el nombre del médico o profesional tratante.

NPI (NPI): Escriba el número de NPI del médico o profesional tratante.

Phone (Teléfono): Escriba el número de teléfono del médico o profesional tratante.

Address (Dirección): Escriba la dirección del médico o profesional tratante.

Fax (Número de Fax): Escriba el número de fax del médico o profesional tratante.

DOCUMENTATION REQUIREMENTS

Power Mobility devices (Sillas de Ruedas Motorizadas):
<https://www.cgsmedicare.com/jc/pa/pmd.html>

Group II Pressure Reducing Support Surfaces (Superficies de Apoyo para Reducir la Presión Grupo II):
<https://www.cgsmedicare.com/jc/pa/prss.html>

Lower Limb Prosthetics (Prótesis para Extremidad Inferior):
<https://www.cgsmedicare.com/jc/pa/lip.html>

Orthotics (Ortesis):
<https://www.cgsmedicare.com/jc/pa/orthoses.html>

DECISION LETTER REQUEST

Beneficiary Letter (Carta al Beneficiario): Escriba una "X" si la desición debe enviarse en una carta al beneficiario.

Solo debe escribir una "X" si el beneficiario ha solicitado que se le envíe la copia del resultado de la pre-autorización.

Treating Practitioner (Profesional Tratante): Escriba una "X" si la desición debe enviarse en una carta dirigida al médico o al profesional tratante. Debe incluir el formulario de solicitud de la carta de desición llenado y firmado por el médico o profesional tratante. Este formulario lo encuentra en https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Monitoring-Programs/Medicare-FFS-Compliance-Programs/DMEPOS/Downloads/DMEPOS_PA_Physician_Sample_Decision_Letter_Request.pdf

Solo debe escribir una "X" si el profesional tratante ha solicitado que se le envíe la copia del resultado de la pre-autorización.

Por favor envíe el formulario a través del portal de myCGS, esMD, fax o correo electrónico:

• **Por Fax:** 1.615.664.5960

• **Por correo a:** CGS
JUR C DME Medical Review
Condition of Payment Program
PO Box 24890
Nashville, TN 37202-4890

